Composante du produit nº 82-003-X au catalogue de Statistique Canada
Rapports sur la santé

Article

Modifications des comportements influant sur la santé après le diagnostic d'une maladie chronique chez les Canadiens de 50 ans et plus

par Jason T. Newson, Nathalie Huguet, Pamela L. Ramage-Morin, Michael J. McCarthy, Julie Bernier, Mark S. Kaplan et Bentson H. McFarland

Novembre 2012

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca. Vous pouvez également communiquer avec nous par courriel à infostats@statcan.gc.ca ou par téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros suivants :

Centre de contact national de Statistique Canada

Numéros sans frais (Canada et États-Unis) :

Service de renseignements	1-800-263-1136
Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants	1-800-363-7629
Télécopieur	1-877-287-4369

Appels locaux ou internationaux :

Service de renseignements	1-613-951-8116
Télécopieur	1-613-951-0581

Programme des services de dépôt

Service de renseignements	1-800-635-7943
Télécopieur	1-800-565-7757

Comment accéder à ce produit

Le produit n° 82-003-X au catalogue est disponible gratuitement sous format électronique. Pour obtenir un exemplaire, il suffit de visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca et de parcourir par « Ressource clé » > « Publications ».

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « À propos de nous » > « Notre organisme » > « Offrir des services aux Canadiens ».

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2012

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'entente de licence ouverte de Statistique Canada (http://www.statcan.gc.ca/reference/copyright-droit-auteur-fra.htm).

This publication is also available in English.

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, ses entreprises, ses administrations et les autres établissements. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Signes conventionnels

Les signes conventionnels suivants sont employés dans les publications de Statistique Canada :

.	indisponible pour toute période de référence
..	indisponible pour une période de référence précise
...	n'ayant pas lieu de figurer
0	zéro absolu ou valeur arrondie à zéro
0^s	valeur arrondie à 0 (zéro) là où il y a une distinction importante entre le zéro absolu et la valeur arrondie
^{p}	provisoire
^{r}	révisé
x	confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
^{E}	à utiliser avec prudence
F	trop peu fiable pour être publié
*	valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p<0,05$)

Modifications des comportements influant sur la santé après le diagnostic d'une maladie chronique chez les Canadiens de 50 ans et plus

par Jason T. Newson, Nathalie Huguet, Pamela L. Ramage-Morin, Michael J. McCarthy, Julie Bernier, Mark S. Kaplan et Bentson H. McFarland

Diffusé en ligne le 21 novembre 2012

Résumé

La modification des comportements influant sur la santé (usage du tabac, activité physique, consommation d'alcool et consommation de fruits et de légumes) après le diagnostic de problèmes de santé chroniques (maladie cardiaque, cancer, accident vasculaire cérébral, maladie respiratoire et diabète) a été examinée chez les Canadiens de 50 ans et plus. Les résultats dégagés des données longitudinales de l'Enquête nationale sur la santé de la population menée au Canada sur une période de 12 ans indiquent des changements de comportement relativement modestes. Bien qu'une réduction significative de l'usage du tabac ait été observée chez tous les groupes, sauf celui des personnes ayant une maladie respiratoire, au moins 75 % des fumeurs n'ont pas cessé de fumer. Aucune variation significative du pourcentage de personnes respectant les recommandations en matière d'activité physique, sauf chez les diabétiques, ni du pourcentage de personnes dont la consommation d'alcool était excessive, sauf chez les diabétiques et les personnes atteintes d'une maladie respiratoire, ne se dégage de l'étude. Le pourcentage de personnes déclarant l'apport minimal recommandé de fruits et de légumes n'a augmenté de manière significative chez aucun des groupes étudiés.

Mots-clés

Âgé, cancer, diabète, gestion de la maladie, exercice, maladie cardiaque, mode de vie, âge mûr, nutrition, maladie respiratoire, prévention secondaire, renoncement au tabac, accident vasculaire cérébral.

Auteurs

Jason T. Newsom (1-503-725-8588; newsomj@pdx.edu), Nathalie Huguet et Mark S. Kaplan travaillent à la Portland State University, Portland, Oregon. Pamela L. Ramage-Morin (1-613-951-1760; pamela.ramage-morin@statcan.gc.ca) et Julie Bernier (1-613-951-4556; julie.bernier@statcan.gc.ca) travaillent à la Division de l'analyse de la santé à Statistique Canada, Ottawa (Ontario) K1A 0T6. Michael J. McCarthy travaille à la University of Cincinnati. Bentson H. McFarland travaille à la Oregon Health and Science University.

La maladie cardiaque, le cancer, l'accident vasculaire cérébral, la maladie respiratoire et le diabète comptent parmi les principales causes de décès au Canada[1]. Mondialement, ces problèmes de santé chroniques sont à l'origine de 60 % des décès[2]. Étant donné que des comportements susceptibles d'être modifiés influent sur leur manifestation, on les considère comme étant en grande partie évitables[3,4]. Chez les personnes atteintes d'une maladie chronique, l'adoption d'un mode de vie plus sain, par exemple en renonçant au tabac, en faisant plus d'exercice, en évitant de consommer trop d'alcool ou en améliorant son régime alimentaire, peut accroître la longévité, réduire la récurrence d'un événement et améliorer la qualité de la vie[5-7].

Il existe un manque de données représentatives de la population concernant les modifications du mode de vie des personnes chez lesquelles a été diagnostiquée une maladie chronique. Certaines études antérieures sur la modification des comportements ont été menées auprès de petits échantillons de personnes atteintes d'une maladie particulière, et un grand nombre se sont appuyées sur des comptes rendus rétrospectifs[8,9]. En outre, la plupart des recherches sur la prévention secondaire ont eu lieu aux États-Unis, où l'accès aux soins de santé et à des programmes de modification du comportement n'est pas uniforme. Quelques études seulement ont été menées en Europe ou en Australie, où l'accès aux soins de santé est plus universel[10,11]. Une revue de la littérature n'a dégagé aucune étude qui s'appuie sur des données représentatives de la population pour le Canada.

La présente analyse a pour but d'examiner l'évolution de l'usage du tabac, de l'activité physique, de la

consommation d'alcool et du régime alimentaire chez un échantillon représentatif des Canadiens de 50 ans et plus chez lesquels a été diagnostiqué un problème de santé chronique important (voir *Les données*). Fondée sur un plan prospectif, suivant lequel les comportements sont évalués avant et après le diagnostic, l'étude permet d'éviter les biais qui pourraient découler des comptes rendus rétrospectifs d'un

Les données

L'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) est une enquête longitudinale dans le cadre de laquelle ont été suivies 17 276 personnes qui, au moment du lancement en 1994-1995, étaient âgées de 12 ans et plus. Des entrevues ont été menées tous les deux ans. Le plan de sondage de l'ENSP, ainsi que les procédures d'échantillonnage, la collecte des données et les taux de réponse par cycle sont décrits en détail ailleurs[12]. Les données sur lesquelles s'appuie la présente étude proviennent des cycles 1 à 7 (1994-1995 à 2006-2007) et ont été recueillies auprès des personnes âgées de 50 ans et plus au premier cycle (N=5 404) qui ont déclaré au départ ne présenter aucun problème de santé chronique, mais qui, lors d'un cycle ultérieur, ont déclaré que l'on avait nouvellement diagnostiqué chez elles l'un de cinq problèmes de santé chronique. L'âge moyen de l'échantillon était de 65,5 ans (ET = 10,3) et un peu plus de la moitié de l'effectif (54,1 %) étaient des femmes. L'étude consiste avant tout en une comparaison prospective de la prévalence des comportements qui influent sur la santé avant et après le diagnostic (deux ans) chez les personnes ayant déclaré un nouveau diagnostic au cours de la période de 12 ans couverte par l'étude. Les cycles 2 et 3 ont été utilisés pour examiner les changements de comportement influant sur la santé chez un groupe témoin en bonne santé dont les membres ne présentaient aucun des cinq problèmes de santé étudiés.

Lors de chaque cycle, on a demandé aux participants à l'enquête : « Un spécialiste de la santé a-t-il diagnostiqué chez vous certains des problèmes de santé de longue durée (état qui persiste depuis six mois ou plus ou qui devrait persister pendant six mois ou plus) suivants? » Les cinq problèmes de santé choisis pour la présente analyse étaient la « maladie cardiaque », le « cancer » (sauf le cancer de la peau), les « séquelles d'un accident vasculaire cérébral », la « bronchite chronique ou emphysème » (sauf l'asthme) et le « diabète ».

La mesure de l'usage du tabac utilisée dans la présente étude était la situation d'usage du tabac autodéclarée (personne n'ayant jamais fumé, ancien fumeur ou fumeur) et le nombre de cigarettes consommées par jour.

L'activité physique a été mesurée par la fréquence et la durée déclarées de la participation à 20 activités physiques durant les loisirs (comme la marche pour faire de l'exercice ou le yoga) au cours des trois mois qui ont précédé l'enquête. Les personnes qui avaient participé à toute activité au moins trois fois par semaine ont été considérées comme étant « physiquement actives ». Une mesure continue de la dépense d'énergie (kcal/kg/jour) a été calculée d'après la fréquence et la durée des activités[13].

La consommation d'alcool des participants à l'enquête a été définie comme étant *ne boit jamais ou faible* (ne boit jamais à moins de 1 verre par semaine), *modérée* (2 verres ou moins par jour et 1 à 14 verres par semaine pour les hommes; 2 verres ou moins par jour et 1 à 9 verres par semaine pour les femmes) et *excessive* (plus de 2 verres par jour ou plus de 14 verres par semaine pour les hommes; plus de 2 verres par jour ou plus de 9 verres par semaine pour les femmes)[14].

Les réponses à six questions sur la fréquence de la consommation de fruits et de légumes ont été utilisées pour déterminer le pourcentage de personnes dont l'apport quotidien atteignait le minimum recommandé. Le nombre de portions recommandées par jour est fondé sur une portion moyenne de 80 g, qui équivaut approximativement, selon certaines études, à la quantité consommée à chaque occasion[15]. La cible courante est de sept portions de fruits et de légumes par jour pour les Canadiens de 50 ans et plus[16], mais moins de 12 % de l'échantillon ont déclaré consommer cette quantité. Par conséquent, les participants à l'enquête ont été classés comme atteignant le minimum recommandé s'ils avaient déclaré consommer des fruits et des légumes cinq fois par jour ou plus. Ce niveau de consommation est en harmonie avec les recommandations du Guide alimentaire canadien antérieures à 1992[17], ainsi qu'à la consommation minimale recommandée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO)[18], ainsi que par plusieurs autres pays[17-20]. Les renseignements sur le régime alimentaire n'étaient disponibles que pour les cycles 5, 6 et 7 de l'ENSP.

Les analyses ont été pondérées et ajustées pour tenir compte du plan d'échantillonnage complexe par la méthode des répliques répétées équilibrées en se servant du logiciel SAS 9.2 ou SUDAAN 10.0. Le khi-carré de Rao-Scott[21] obtenu par la procédure PROC SURVEYFREQ de SAS en utilisant des cellules discordantes (réponses 0-1 versus 1-0) a été utilisé pour vérifier si l'écart entre les valeurs avant et après diagnostic était significatif[22]. (Le test de McNemar, qui est habituellement utilisé pour cette comparaison, n'est pas disponible dans PROC SURVEYFREQ de SAS ni dans SUDAAN.) Des tests t par paire ont été utilisés pour comparer les comportements qui influent sur la santé avant et après le diagnostic au moyen de mesures continues. Des modèles de régression logistique contenant comme variables de contrôle les niveaux avant diagnostic des comportements influant sur la santé ont été utilisés pour comparer les différences de prévalence de ces comportements avant et après le diagnostic selon le sexe et l'âge. Un coefficient significatif pour l'une de ces variables sociodémographiques indique que le changement entre les valeurs avant et après diagnostic est plus important chez l'un des groupes[23].

Cette étude présente un certain nombre de limites. La prévalence des problèmes de santé chroniques et des comportements influant sur la santé est fondée sur des données autodéclarées. S'il est peu probable que les participants à l'enquête aient déclaré que l'on avait diagnostiqué chez eux un problème de santé important alors qu'il n'existait pas[24-28], la sous-déclaration est par contre possible[29]. L'usage du tabac autodéclaré est généralement considéré comme exact. La mesure de l'activité physique durant les loisirs découlant de l'ENSP est de plus grande portée que celle disponible dans la plupart des grandes enquêtes sur la santé, mais est, par définition, limitée aux loisirs. D'autres activités physiques, par exemple au travail, pour le transport et pour la réadaptation, ont été exclues. La consommation de fruits et de légumes est fondée sur la fréquence déclarée de la consommation et pourrait ne pas correspondre exactement au nombre de portions. Les données de l'ENSP ont été recueillies tous les deux ans, de sorte que certains changements de comportement survenus entre les cycles pourraient avoir été manqués, comme les tentatives de renoncement au tabac et les rémissions. En outre, les changements observés sur une période de deux ans pourraient ne pas être maintenus à plus long terme.

Tableau 1
Prévalence des comportements influant sur la santé avant et après le diagnostic de certains problèmes de santé chroniques, selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile de 50 ans et plus, Canada, 1994-1995 à 2006-2007

	Total		Sexe				Groupe d'âge			
			Hommes		Femmes		50 à 64 ans		65 ans et plus	
Problème de santé chronique / comportement influant sur la santé	Avant le diagnostic	Après le diagnostic	Avant le diagnostic	Après le diagnostic	Avant le diagnostic	Après le diagnostic	Avant le diagnostic	Après le diagnostic	Avant le diagnostic	Après le diagnostic
Maladie cardiaque (nombre de cas)	**905**		**390**		**515**		**373**		**532**	
Fumeur	14,4	10,8*	15,8	13,2†	13,3	8,8†	25,7	19,4†	10,4	7,7
Personne physiquement active	51,6	53,9	54,3	60,2	49,4	48,7	47,1	58,5	53,5	51,9
Consommation d'alcool										
Jamais ou faible	62,8	65,6	49,5	50,3	74,0	78,5†	64,8	56,0	62,0	69,7†
Modérée	28,2	25,2	36,7	33,5	21,1	18,1†	24,7‡	30,8	29,7	22,8‡
Excessive	9,0	9,2‡	13,8	16,2‡	4,9‡	3,4†‡	10,6‡	13,3‡	8,3‡	7,5‡
Cinq portions ou plus de fruits/légumes par jour	41,9	51,4	41,7‡	53,8	42,0‡	49,9	37,8‡	50,7	52,8‡	53,0‡
Diabète (nombre de cas)	**478**		**196**		**282**		**253**		**225**	
Fumeur	15,1	11,7*	16,5‡	13,1‡	14,1‡	10,7‡	20,7‡	14,7‡	12,3‡	10,1‡
Personne physiquement active	49,7	56,2*	53,5	64,2	47,0	50,7	48,4	64,2	50,4	51,7‡
Consommation d'alcool										
Jamais ou faible	66,8	72,5	53,2	61,8	76,3	80,6	64,2	71,6	68,2	73,1
Modérée	23,0	22,5	29,9	32,0	18,2‡	15,3†‡	25,6‡	21,5‡	21,6	23,1‡
Excessive	10,2‡	5,0*†‡	16,9‡	F	5,5‡	F	10,2‡	6,9	10,2‡	F
Cinq portions ou plus de fruits/légumes par jour	34,5‡	41,8	28,1‡	37,3‡	40,1‡	45,7‡	34,4‡	42,8‡	F	F
Cancer (nombre de cas)	**497**		**227**		**270**		**232**		**265**	
Fumeur	17,2	13,5*	19,7‡	15,8‡	14,9‡	11,4‡	31,2‡	23,4‡	11,8‡	9,7‡
Personne physiquement active	49,8	51,9	51,4	57,1	48,4	47,3	44,6	57,3	52,1	49,6
Consommation d'alcool										
Jamais ou faible	59,9	63,4	56,8	57,1	63,5	70,7	47,1	61,7	66,0	64,2
Modérée	30,5	29,9	33,5	F	27,2	F	40,7‡	26,4‡	25,7	31,5
Excessive	9,5‡	6,7‡	9,7‡	F	9,4‡	F	12,2‡	F	8,3‡	F
Cinq portions ou plus de fruits/légumes par jour	37,9	43,2‡	33,9‡	32,9‡	40,8‡	50,9‡	39,9‡	54,9	32,5‡	F
Accident vasculaire cérébral (nombre de cas)	**368**		**156**		**212**		**100**		**268**	
Fumeur	17,0	12,5*‡	16,2‡	14,7‡	17,6‡	10,6‡	34,7‡	26,2‡	13,8‡	10,0‡
Personne physiquement active	49,6	46,2	59,0	59,4	41,9	35,5†	54,6‡	56,4‡	48,3	43,6
Consommation d'alcool										
Jamais ou faible	70,1	77,4*	62,0	74,1	76,4	80,0	72,4	73,2	69,6	78,3
Modérée	19,2‡	F	F	F	F	F	F	F	F	F
Excessive	10,7‡	F	F	F	F	F	F	F	F	F
Cinq portions ou plus de fruits/légumes par jour	F	33,0‡	F	F	F	F	F	F	F	F
Maladie respiratoire (nombre de cas)	**409**		**149**		**260**		**190**		**219**	
Fumeur	25,2	23,9	26,3‡	24,7‡	24,5	23,4‡	36,2‡	33,0‡	21,0	20,4
Personne physiquement active	51,6	44,1*	58,2	52,5	47,2	38,6	55,4	59,3	49,9	37,4†
Consommation d'alcool										
Jamais ou faible	64,0	56,7	56,6	43,6	68,4	64,5	46,0‡	48,1	71,6	60,4
Modérée	23,3	35,4*	22,8‡	F	23,5‡	F	27,6‡	38,3‡	21,4	34,1
Excessive	12,8‡	7,9*‡	20,6‡	F	F	F	26,4‡	F	7,0‡	F
Cinq portions ou plus de fruits/légumes par jour	27,1‡	31,4‡	F	F	30,2‡	33,3‡	31,3‡	33,7‡	F	F

* valeur significativement différente de celle observée avant le diagnostic ($p < 0,05$)
† variation entre les valeurs avant et après diagnostic significativement différente de celle observée chez les hommes ($p < 0,05$)
‡ variation entre les valeurs avant et après diagnostic significativement différente de celle observée chez le groupe des 50 à 64 ans ($p < 0,05$)
‡ à utiliser avec prudence
F trop peu fiable pour être publié

Nota : Les tests sur les différences entre les groupes selon le sexe et le groupe d'âge ont été effectués en utilisant une régression logistique dans laquelle les différences après diagnostic ont été prédites d'après l'appartenance au groupe en utilisant des variables de contrôle pour les différences avant diagnostic. Une différence significative indique une variation plus importante pour l'un des groupes entre les valeurs avant et après diagnostic. Les valeurs avant diagnostic sont fondées sur le dernier cycle de l'enquête durant lequel le participant n'a déclaré aucun diagnostic du problème de santé chronique en question. Les valeurs après diagnostic sont fondées sur le même cycle de l'enquête au cours duquel le participant à l'enquête a déclaré le diagnostic du problème de santé en question (0 à 2 ans). Certaines données sur la consommation d'alcool et sur la consommation de fruits et de légumes manquent en raison de la trop faible fréquence par case ($n < 10$). Les données sur la consommation de fruits et de légumes n'étaient disponibles que pour les cycles 5 à 7.

Source : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 à 2006-2007, fichier carré longitudinal.

changement de comportement après diagnostic.

Renoncement au tabac

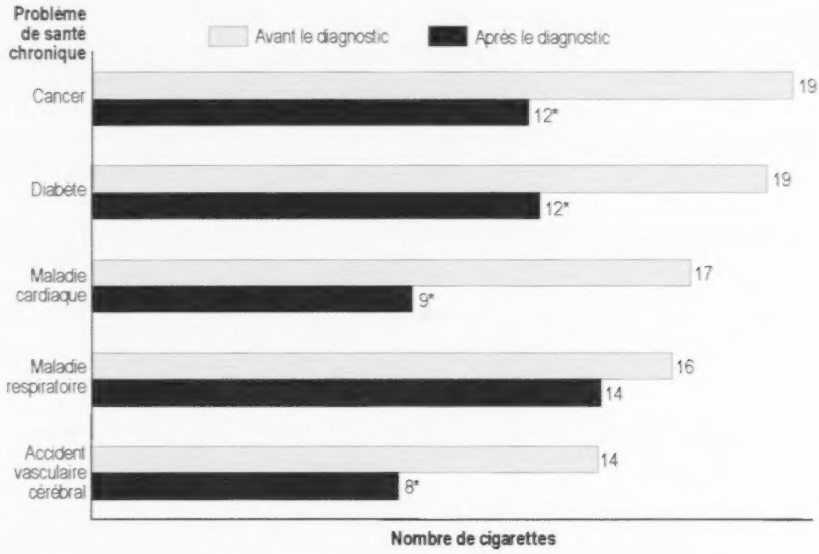
Le renoncement au tabac est le changement de comportement qui a été mentionné le plus fréquemment, le pourcentage de fumeurs diminuant considérablement après le diagnostic d'une maladie cardiaque, du diabète, d'un cancer ou d'un accident vasculaire cérébral (tableau 1). Par exemple, chez les personnes atteintes d'une maladie cardiaque, la prévalence de l'usage du tabac est passée d'environ 14 % à moins de 11 %. Faisaient exception les personnes ayant reçu un diagnostic de maladie respiratoire – non seulement elles étaient plus susceptibles de fumer avant le diagnostic (25 %), mais aucune diminution significative de la prévalence des fumeurs n'a été relevée chez elles après le diagnostic.

Sauf chez les personnes atteintes d'une maladie respiratoire, la consommation quotidienne de cigarettes a diminué de manière significative (figure 1). Ce recul de l'usage du tabac pourrait être dû en partie au nouveau diagnostic, mais reflète peut-être aussi une tendance communautaire, puisque même chez le groupe témoin en bonne santé, le pourcentage de fumeurs (N = 1 103) a diminué légèrement au cours de la période de deux ans, pour passer de 23 % à 21 % ($p < 0,05$). Quel que soit toutefois le problème de santé chronique diagnostiqué, la majorité (environ 75 %) des fumeurs ont continué de fumer après le diagnostic (tableau 1).

Activité physique durant les loisirs

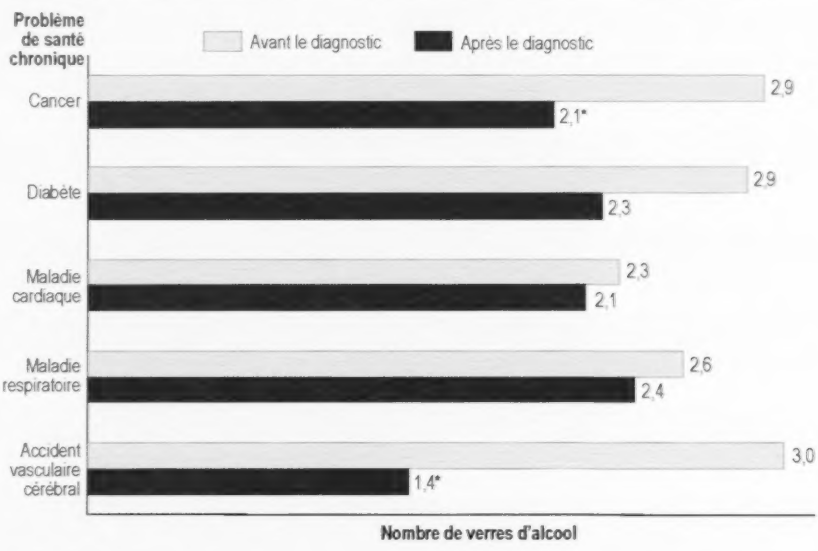
Seules les personnes atteintes de diabète ont déclaré avoir augmenté leur activité physique durant les loisirs à la suite du diagnostic. Au départ, près de 50 % de cette population s'adonnait à des activités physiques au moins trois fois par semaine, tandis qu'après le diagnostic, la proportion était d'environ 56 %. En outre, la dépense énergétique moyenne n'a varié de manière significative que chez les diabétiques, pour passer de 1,1

Figure 1
Nombre moyen de cigarettes fumées par jour, avant et après le diagnostic du problème de santé chronique, fumeurs de 50 ans et plus, Canada, 1994-1995 à 2006-2007



* valeur significativement différente de celle observée avant le diagnostic ($p < 0,05$)
Nota : Les données ayant été arrondies, des barres indiquant un même nombre de cigarettes peuvent avoir des longueurs différentes.
Source : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 à 2006-2007, fichier carré longitudinal.

Figure 2
Nombre moyen de verres d'alcool consommés par semaine, avant et après le diagnostic du problème de santé chronique, buveurs (12 derniers mois) de 50 ans et plus, Canada, 1994-1995 à 2006-2007



* valeur significativement différente de celle observée avant le diagnostic ($p < 0,05$)
Nota : Les données ayant été arrondies, des barres indiquant un même nombre de cigarettes peuvent avoir des longueurs différentes.
Source : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 à 2006-2007, fichier carré longitudinal.

à 1,4 kcal/kg/jour ($p < 0,001$). Bien que significatif, cet accroissement n'est pas grand. En outre, ce sont les diabétiques âgés de 50 à 64 ans qui avaient tendance à devenir actifs; les personnes âgées étaient moins susceptibles d'accroître leur activité.

Chez les personnes atteintes d'une maladie respiratoire, le pourcentage d'entre elles qui étaient physiquement actives est passé de 52 % à 44 % après le diagnostic. De nouveau, l'âge jouait un rôle, car les personnes âgées étaient plus susceptibles de devenir inactives à la suite du diagnostic que celles de 50 à 64 ans.

Cela est en contraste avec la tendance de l'activité physique chez le groupe témoin en bonne santé. Au départ, les membres de ce groupe (N = 1 053) étaient plus susceptibles d'être physiquement actifs durant leurs loisirs et leur probabilité d'être actif a augmenté au cours de la période de référence de deux ans, pour passer de 58 % à 63 % ($p < 0,05$).

La crainte que l'activité physique soit dangereuse pourrait être un facteur dissuasif chez les personnes présentant des problèmes de santé chroniques, particulièrement des troubles cardiaques. Pourtant, chez les malades cliniquement stables sans ischémie, l'exercice sous la supervision d'un médecin pose moins de risque qu'un comportement sédentaire[30].

Consommation d'alcool

À la suite d'un diagnostic de maladie chronique, la consommation d'alcool avait tendance à diminuer. Par exemple, chez les personnes ayant reçu un diagnostic de diabète, le pourcentage d'entre elles dont la consommation d'alcool était excessive (plus de 2 verres par jour ou plus de 14 verres par semaine pour les hommes; plus de 2 verres par jour ou plus de 9 verres par semaine pour les femmes) a reculé, pour passer de 10 % à 5 % (tableau 1). Chez les personnes atteintes d'une maladie respiratoire, la prévalence de la consommation excessive d'alcool est passée de presque 13 % à 8 %. Quant à elles, les personnes atteintes d'un cancer ou ayant eu un accident vasculaire cérébral qui buvaient consommaient, en moyenne, un nombre significativement moins élevé de verres par semaine (figure 2).

La consommation d'alcool chez le groupe témoin en bonne santé est demeurée stable au cours de la période de référence – 16 % buvaient de manière excessive, 55 % buvaient de manière modérée et 29 % s'abstenaient ou buvaient très peu.

Consommation de fruits et de légumes

Avant le diagnostic, le pourcentage de la population étudiée qui consommait, en moyenne, au moins cinq portions de fruits et de légumes par jour variait de 27 % à 42 %. Aucun accroissement significatif du pourcentage de personnes consommant le nombre minimal de portions n'a été observé après le diagnostic, quoique chez les diabétiques, le nombre quotidien moyen de portions est passé de 4,4 à 5,2 ($p < 0,01$). Chez le groupe témoin en bonne santé, la consommation de fruits et de légumes n'a pas varié au cours de la période de référence, environ 32 % du groupe consommant cinq portions par jour.

Conclusion

La prévention secondaire peut accroître la longévité, améliorer la qualité de la vie et réduire les frais médicaux. La présente étude révèle que rares sont les personnes qui ont modifié positivement leur mode de vie après que l'on ait diagnostiqué chez elles un problème de santé chronique. Le renoncement au tabac et la réduction du nombre de cigarettes consommées étaient les changements mentionnés le plus fréquemment, mais la grande majorité des fumeurs ont continué de fumer.

Les diabétiques étaient les personnes les plus susceptibles de signaler des changements de comportement positifs, mais les améliorations étaient modestes. Les personnes ayant reçu un diagnostic de diabète ont réduit leur consommation de tabac et leur consommation excessive d'alcool et ont augmenté leur activité physique durant les loisirs et leur consommation de fruits et de légumes. En revanche, les personnes chez lesquelles on a diagnostiqué une maladie respiratoire n'ont fait état d'aucune modification de leur consommation de tabac ou de fruits et de légumes, et elles étaient moins susceptibles d'être physiquement actives. Au cours de la même période, le seul changement de comportement ayant une incidence sur la santé signalé par ce groupe était la réduction d'une consommation excessive d'alcool. ■

Remerciements

La présente étude a été financée par la subvention R01 AG034211 (J. T. Newsom) des U.S. National Institutes of Health: National Institute on Aging. Nous remercions Jillian Oderkirk, Adrianne Feldstein, Javier Nieto et Victor Stevens de leurs commentaires constructifs aux premières étapes de la rédaction du présent article.

Références

1. Santé Canada, *Principales causes de décès et d'hospitalisation au Canada*, 2005, disponible à l'adresse http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/lcd-pcd97/table1-fra.php (consulté le 19 juillet 2011).
2. Organisation mondiale de la Santé, *Prévention des maladies chroniques : un investissement vital [présentation générale de l'OMS]*, 2005, disponible à l'adresse http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1_fr_index20.html (consulté le 19 juillet 2011).
3. K.T. Knoops, L.C. de Groot, D. Kromhout *et al.*, « Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women: the HALE project », *Journal of the American Medical Association*, 292(12), 2004, p. 1433-1439.
4. M.J. Stampfer, F.B. Hu, J.E. Manson *et al.*, « Primary prevention of coronary heart disease in women through diet and lifestyle », *New England Journal of Medicine*, 343(1), 2000, p. 16-22.
5. S.G. Aldana, W.R. Whitmer, R. Greenlaw *et al.*, « Cardiovascular risk reductions associated with aggressive lifestyle modification and cardiac rehabilitation », *Heart Lung*, 32(6), 2003, p. 374-382.
6. H.G. Van Spall, A. Chong et J.V. Tu, « Inpatient smoking-cessation counseling and all-cause mortality in patients with acute myocardial infarction », *American Heart Journal*, 154(2), 2007, p. 213-220.
7. P.K. Ronnevik, T. Gundersen et A.M. Abrahamsen, « Effect of smoking habits and timolol treatment on mortality and reinfarction in patients surviving acute myocardial infarction », *British Heart Journal*, 54(2), 1985, p. 134-139.
8. C. Bolman, H. de Vries et G. van Breukelen, « A minimal-contact intervention for cardiac inpatients: long-term effects on smoking cessation », *Preventive Medicine*, 35(2), 2002, p. 181-192.
9. L.W. Mróz, G.E. Chapman, J.L. Oliffe et J.L. Bottorff, « Prostate cancer, masculinity and food. Rationales for perceived diet change », *Appetite*, 55(3), 2010, p. 398-406.
10. A.L. Hawkes, B.M. Lynch, D.R. Youlden *et al.* « Health behaviors of Australian colorectal cancer survivors, compared with noncancer population controls », *Support Care Cancer*, 16(10), 2008, p. 1097-104.
11. C.H. van Gool, G.I. Kempen, B.W. Penninx *et al.*, « Chronic disease and lifestyle transitions: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam », *Journal of Aging and Health*, 19(3), 2007, p. 416-438.
12. L. Swain, G. Catlin et M.P. Beaudet, « Enquête nationale sur la santé de la population – une enquête longitudinale », *Rapports sur la santé*, 10(4), 1999, p. 73-89.
13. Statistique Canada, *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1994–1995* (N° 82-567 au catalogue), Ottawa, Statistique Canada, 1995.
14. Centre de toxicomanie et de santé mentale, *Directives de consommation d'alcool à faible risque, 2011*, disponible à l'adresse http://www.lrdg.net/resources/fr_pamphMay04.pdf (consulté le 19 juillet 2011).
15. P.A. Ashfield-Watt, A.A. Welch, N.E. Day et S.A. Bingham, « Is 'five-a-day' an effective way of increasing fruit and vegetable intakes? », *Public Health Nutrition*, 7(2), 2004, p. 257-261.
16. Santé Canada, *Guide alimentaire canadien*, disponible à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/index-fra.php (consulté le 6 mars 2012).
17. Santé Canada, *Les guides alimentaires canadiens, de 1942 à 1992*, disponible à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/context/fg_history-histoire_ga-fra.php (consulté le 19 mars 2012).
18. World Health Organization and Food and Agriculture Organization of the United Nations, *Fruit and Vegetables for Health: Report of a Joint FAO/WHO Workshop*, Kobe, Japan, septembre 2004.
19. British Dietetic Association, *Food Fact Sheet*, disponible à l'adresse http://www.bda.uk.com/foodfacts/FruitVeg.pdf (consulté le 6 mars 2012).
20. US Department of Health and Human Services and Department of Agriculture, *Dietary Guidelines for Americans, 2005*, disponible à l'adresse http://www.health.gov/dietaryguidelines/dga2005/document/ (consulté le 6 mars 2012).
21. J.N.K. Rao et A.J. Scott, « The analysis of categorical data from complex sample surveys: chi-squared tests for goodness-of-fit and independence in two-way tables », *Journal of the American Statistical Association*, 76, 1981, p. 221–230.
22. A. Agresti, *Categorical Data Analysis*, 2nd Edition, New York, NY, Wiley, 2002.
23. J.T. Newsom « Basic longitudinal analysis approaches for continuous and categorical variables », dans J.T. Newsom, R.N. Jones et W.M. Hofer, éd. *Longitudinal Data Analysis: A Practical Guide for Researchers in Aging, Health, and Social Science*, New York, Routledge, 2012, p. 143-180.
24. D.G. Manuel, J.J. Lim, P. Tanuseputro et T.A. Stukel, « How many people have had a myocardial infarction? Prevalence estimated using historical hospital data », *BMC Public Health*, 7, 2007, p. 174.
25. W.H. Giles, J.B. Croft, N.L. Keenan *et al.*, « The validity of self-reported hypertension and correlates of hypertension awareness among Blacks and Whites within the stroke belt », *American Journal of Preventive Medicine*, 11, 1995, p. 163-169.
26. C.M. Vargas, V.L. Burt, R.F. Gillum et E.R. Pamuk, « Validity of self-reported hypertension in the National Health and Nutrition Examination Survey III, 1988-1991 », *Preventive Medicine*, 26, 1997, p. 678-685.
27. J.E. Manson, E.B. Rimm, M.J. Stampfer *et al.*, « Physical activity and incidence of non-insulin-dependent diabetes mellitus in women », *Lancet*, 338, 1991, p. 774-778.
28. E.B. Rimm, E.L. Giovannucci, W.C. Willett *et al.*, « Prospective study of alcohol consumption and risk of coronary disease in men », *Lancet*, 338, 1991, p. 464-468.
29. P.H.B. Chou et A.Wister, « From cues to action: Information seeking and exercise self-care among older adults managing chronic illness », *Canadian Journal of Aging*, 24, 2005, p. 395-408.
30. M. Hamer et E. Stamatakis, « Physical activity and mortality in men and women with diagnosed cardiovascular disease », *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 16(2), 2009, p. 156-160.